

13. Державний заклад
«Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»,
49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел. (0562) 27-99-66.
14. Немає.
15. Перцева Т.О., Гашинова К.Ю. (0505908307).

Реєстр. № 440/1/14

1. **СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ ОБТЯЖЕННЯ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Особливості діагностики та медичної реабілітації при захворюваннях бронхолегеневої системи», 0111U001371, 2011–2013 рр.
3. Пульмонологія та фтизіатрія.
4. 2+, (C).
5. Патент України на корисну модель № 83856. – № заявки u2013 09020, подання заявки 18.07.2013, публ. 25.09.2013, Бюл. № 18.
6. Немає.
7. Спосіб прогнозування обтяження перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) базується на розробленому класифікаційному реєстрі, в основу якого покладені вираховані градації різних клінічних, анамнестичних, функціональних та біохімічних показників. Відмінність способу полягає у використанні системи нових предикторів в межах значень їх оптимальних градацій, які суттєво відрізняються у хворих з нетяжким і тяжким перебігом ХОЗЛ.
8. Маючи перед собою класифікаційний реєстр, практикуючий лікар може легко і швидко оцінити ризик обтяження перебігу ХОЗЛ у пацієнтів з нетяжкою формою захворювання та, при наявності такого, завчасно скорегувати медикаментозну терапію, щоб уникнути прогресування подальших патологічних змін у дихальних шляхах.
9. Опитувальник Госпіталю Святого Георгія для оцінки якості життя хворого на ХОЗЛ, спірограф, набір реактивів для визначення рівня С-реактивного протеїну у плазмі крові.
10. Наявність ХОЗЛ.

11. Немає.
12. Немає.
13. Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел.(0562) 27-99-66.
14. Немає.
15. Перцева Т.О., Конопкіна Л.І.(0672895977), Басіна Б.О.

Реєстр. № 441/1/14

1. **НОВІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.**
2. НДР «Розробити нові технології лікування та реабілітації хворих на вперше діагностований туберкульоз легень та туберкульозний плеврит».
3. Фтизіатрія.
4. 2++, С.
5. Немає.
6. Немає.
7. Уперше в якості нових діагностичних критеріїв оцінки неспецифічної реактивності організму пропонується динамічне дослідження в сироватці крові хворих на туберкульоз легень до, в процесі та по завершенні інтенсивної стандартизованої антимікобактеріальної терапії активності аденозиндезамінази (АДА) за методом G. Giusti та молекул середньої маси (МСМ) скринінговим методом за Н. І. Габріелян і спів. Коливання рівня АДА чітко співвідносяться з важкістю стану хворого і клініко-рентгенологічною динамікою: до початку лікування виявлено його підвищення в середньому в два рази у 92,0 % хворих на деструктивний туберкульоз легень і в півтори рази у 96,0 % хворих на інфільтративний і дисемінований туберкульоз без деструктивних змін в легенях. До лікування найбільш високі значення АДА – $25,2 \pm 1,66$ од./л відповідають важкому стану хворих з масивним виділенням бактерій і поширеністю деструктивно-інфільтративних змін в легеневій тканині, з подальшим несприятливим наслідком захворювання. При позитивній клініко-рентгенологічній динаміці процесу відзначається зниження показників рівня АДА в сироватці крові. Збереження високого рівня показника або його підвищення в ході хіміотерапії відзначено у хворих з прогресуванням специфічного процесу і летальним наслідком. У 95,0 % хворих спостерігається синхронність підвищення вмісту МСМ з рівнем АДА. Найбільш високі показники МСМ зареєстровано у хворих з величиною АДА понад 26,0 од./л. При сприятливому перебігу захворювання зниження МСМ на кінець 2 місяця лікування супроводжується зниженням рівня АДА. При наявності клініко-рентгенологічних ознак, що викликають підозру на туберкульоз та відсутності мікобактерій туберкульозу в діагностичному матеріалі, ці показники набувають значення додаткових діагностичних критеріїв, так як збільшення активності АДА на 20% і одночасне підвищення рівня МСМ на 25 % свідчать про активність специфічного процесу.